

LES HÉMORRAGIES MORTELLES DE LA DÉLIVRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ABEL

Né le 18 Juin 1913, à MONTCEAU-LES-MINES (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1942

LES HÉMORRAGIES MORTELLES DE LA DÉLIVRANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554206_0069

LES HÉMORRAGIES MORTELLES DE LA DÉLIVRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1942

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André ABEL

Né le 18 Juin 1913, à MONTCEAU-LES-MINES (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. L. HUGOUNENQ.
M. J. LEPINE
M. A. MOREL.

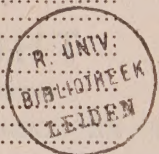
PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.
BÉRARD, COURMONT, GUIART, PIERY, CADE, THÉVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales
Cliniques chirurgicales
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique ophtalmologique
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neurologique et psychiatrique
Clinique médicale infantile
Clinique gynécologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique des maladies infectieuses
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Chimie biologique et médicale
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie interne
Pathologie générale et thérapeutique
Anatomie pathologique
Chirurgie opératoire
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie
Médecine légale
Hygiène
Pharmacie et Pharmacologie
Hydrologie thérapeutique et Climatologie

MM. FROMENT.
SAVY.
PATEL.
SANTY.
RHENIER
BONNET.
FAVRE.
LEPINE J.
MOURIQUAND.
COTTE.
REBATTU.
CIBERT.
TAVERNIER
DUFOURT.
X.
PONTTHUS.
FLORENCE.
MOREL.
MANCEAU.
GARIN.
LATARJET.
POLICARD.
HERMANN.
CORDIER.
D CHAUME.
MARTIN J.-F.
X.
ARLOING (F.).
MAZEL.
ROCHAUX.
LEULIER.
GATE.



PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie

M. NOEL

AGREGES

MM.
GABRIELLE
CHAMBON
REVOL
ENSELME
SEDALLIAN
CREYSSEL
DE ROUGEMONT

MM.
P. RAVAUULT
CROIZAT
DELORE
JOSSEAND
MORIN
BERTRAND
CLAVEL

MM.
LEVRAT
BANSSILLON
MALLET-GUY
ROMAN
PEYCELON
PIGEAUD
PIFFAULT

MM.
JOURDAN
FROMENT (R.).
MARTIN (P.-E.).
MOUNIER-KUHN
BROUSSY

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. RHENTER, *président* ; TRILLAT, *assesseurs*

BANSSILLON et MALLET-GUY.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Le Docteur Albert DOUMERGUE

A MON ONCLE

Le Docteur Henry ABEL

A Monsieur le Professeur RHENTER
Professeur de Clinique Obstétricale

Qui nous a fait l'honneur de présider notre jury. Nous lui offrons respectueusement ce modeste travail.

A NOS JUGES

A Monsieur le Docteur BROCHIER
Accoucheur des Hôpitaux

Nous le remercions de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et de nous avoir guidé dans sa réalisation.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE GRENOBLE

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE LYON

A NOS CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

LES HÉMORRAGIES MORTELLES DE LA DÉLIVRANCE

INTRODUCTION

On appelle hémorragie de la délivrance, les hémorragies survenant après la naissance de l'enfant, pendant que le placenta est encore dans les voies génitales, après la sortie du placenta ou dans les quelques heures qui suivent.

Une perte de sang qui oscille entre 50 et 300 grammes, suivant les auteurs, accompagne normalement le décollement placentaire ; au-dessus de 700 grammes — de 500 pour certains — la perte est considérée comme pathologique, elle peut même atteindre 2.000, 2.500, voire 3.000 grammes, sans entraîner la mort.

Nous ne retiendrons ici que les hémorragies pures de la délivrance ; celles qui entraînent la mort après avoir résisté à tous les petits ou grands traitements médicaux et obstétricaux (ergotine rétro-pituine, sérum gélatiné, transfusion, compressions pubio-manuelles, abdomino-lombaires tamponnement intra-utérin, compression de l'aorte, ligatures des membres, etc.). Ces hémorragies surviennent dans un utérus vide après délivrance spontanée ou artificielle et révision utérine si on soupçonne une rétention cotylé-donnaire.

Nous éliminerons donc toutes les autres hémorragies ayant pour cause : placenta praevia, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, inversion utérine, rupture utérine ou déchirure qui saigne du col ou du vagin, qu'il y ait ou non varices génitales.

CHAPITRE PREMIER

EXISTE-T-IL VRAIMENT DES HÉMORRAGIES MORTELLES DE LA DÉLIVRANCE ?

Ces hémorragies existent indubitablement et pour nous en convaincre nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur la littérature obstétricale de ces cinquante dernières années.

Tarnier et Budin citent des cas de mort après des hémorragies survenant au cours de la délivrance.

Varnier relate des cas de mort par hémorragies de la délivrance ou survenant dans les heures qui suivent, et cite Duhrsenn qui affirme que « chaque année 300 femmes meurent de cette façon en Prusse ». Il faut remarquer que ce dernier chiffre ne compte peut-être pas uniquement les hémorragies pures, ainsi que nous les avons définies dans l'introduction.

Commandeur nous dit « des hémorragies peuvent survenir après la délivrance spontanée. Parfois l'utérus, après une série de contractions violentes qui aboutissent à l'expulsion du placenta, tombe inerte ; un flot de sang sort après la délivrance. Si les contractions ne reprennent pas, l'hémorragie peut être foudroyante et emporter la malade en quelques minutes. »

Plauchu cite Ahlfeld qui a essayé de préciser le pronostic d'une hémorragie de la délivrance, dans ses rapports avec la quantité de sang perdu. Il y a, à

cet égard, de très grandes variations suivant la robustesse et la corpulence des accouchées ; c'est ainsi que chez une femme forte et saine une perte de 1.000 grammes peut n'avoir aucune fâcheuse influence ; l'auteur a eu 4 cas mortels chez des femmes ayant perdu entre 1.500 et 2.000 grammes et un cas de mort pour une perte de 2.000 à 2.500 grammes.

Dans son article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, M. Keller relate des faits semblables ainsi que la thèse de Chanteloup. Nous en retrouvons enfin quelques exemples dans les publications plus récentes de Reeb, Vey, Portes et Mayer, Vray, Abry, Pizzera, Rhenter, sur lesquelles nous reviendrons.

CHAPITRE II

LA FREQUENCE

Le fréquence des hémorragies mortelles de la délivrance est extrêmement difficile à préciser; on peut cependant s'en faire une idée approximative en consultant diverses statistiques relatives à la mortalité maternelle dans certains services hospitaliers.

Sur 50.000 observations d'accouchements recueillies jadis à l'hôpital de la Charité le Professeur Rhen-ter n'a relevé qu'un seul cas d'hémorragie mortelle de la délivrance.

Au congrès d'Alger, d'avril 1935, le professeur Rhen-ter et son élève Boulez présentèrent une étude relative aux hémorragies de la délivrance chez 10.000 accouchées d'après les statistiques de la Maternité de la Croix-Rousse. On note un seul cas d'hémorragie mortelle.

M. Trillat ne note aucun cas de mort par hémorragie sur une statistique portant sur 10.000 accouchements (Maternité de l'Hôtel-Dieu).

Vray, dans sa thèse, portant sur 5.505 accouchements ayant eu lieu à la Clinique Obstétricale de Lyon du 1^{er} janvier 1927 au 30 juin 1931, relève 214 cas d'hémorragie, dont un seul mortel.

Enfin, sur 4.054 accouchements survenus à la Clinique Obstétricale de l'Université de Lyon (hôpital E.-Herriot), Lafond ne constate aucun cas de décès par hémorragie.

Nous pouvons donc dresser le tableau suivant.:

50.000 observations M. Rhenter : 1 hémorragie mortelle ;

10.000 observations M. Rhenter : 1 hémorragie mortelle ;

10.000 observations M. Trillat : 0 hémorragie mortelle ;

5.505 observations M. Vray : 1 hémorragie mortelle ;

4.054 observations M. Lafont : 0 hémorragie mortelle.

Soit donc pour un total de 79.549 accouchements, 3 hémorragies mortelles de la délivrance, soit une pour 26.000 accouchements environ.

Si on se reporte au nombre d'hémorragies de la délivrance publiées, on aboutit à une hémorragie mortelle pour 952 hémorragies de la délivrance. Or, si on admet, avec les classiques actuels, qu'il existe une hémorragie de la délivrance pour 13 ou 14 accouchements environ, on aboutit par ce procédé à une hémorragie mortelle pour 13.000 accouchements ; fréquence exactement double de celle obtenue par le premier procédé qui a le mérite d'opérer sur de grands nombres et de ne pas tenir compte du point de départ arbitraire du diagnostic de l'hémorragie pathologique.

Adoptons une opinion moyenne et sans nous dissimuler que nous ne pouvons qu'approcher d'assez loin la vérité, disons qu'on peut admettre une hémorragie mortelle de la délivrance pour 20.000 accouchements environ. Cette fréquence restreinte explique que certains nient l'hémorragie mortelle de la délivrance. Au cours d'une carrière obstétricale, même bien remplie, on peut parfaitement ne jamais rencontrer un cas de cet ordre.

CHAPITRE III

LES CIRCONSTANCES CLINIQUES

Nous comprendrons, dans cette partie de notre étude :

1° L'exposé de huit observations d'hémorragies mortelles de la délivrance ;

2° Le résumé d'une observation analogue de Ahlfeld cité par De Bovis.

OBSERVATION I. — PIZZERA.

Primipare âgée de 34 ans, remariée après le décès de son premier mari, dont elle n'avait pas eu d'enfant.

Rien à relever dans l'histoire de ses antécédents. J'avais suivi toute sa grossesse, au cours de laquelle je n'avais eu à constater aucun incident. L'accouchement était prévu pour le 23 septembre 1941, et le 15 septembre, à mon dernier examen de grossesse, je notais : H.U. 33 cm., tête fixée, dos à droite. BC + ; au toucher : segment inférieur bien constitué, bassin apparemment normal, parties molles peu souples ; rien à l'examen cardio-pulmonaire. T.A. 11/7 ; pas d'albumine.

Le 20 septembre, vers 20 heures, commencent les premières douleurs. La malade rentre dans mon service et, à son arrivée, on note un col effacé et un début

de dilatation. Toute la nuit les douleurs sont irrégulières et faibles. Le 21 au matin, je constate que la dilatation a peu progressé environ 2 cm.; que le col est rigide, que le segment inférieur est par contre mince, très bien constitué et que la présentation est un sommet engagé en O I D P ; je prescris une injection de post-hypophyse à 2 unités internationales et une injection de spasmalgine. Néanmoins, ces douleurs conservent leur même caractère, et au début de l'après-midi, je note une dilatation de 4 cm. environ, avec, à la périphérie du col, un fil de Fochier caractéristique, que je sectionne au ciseau en avant et en arrière ; et je prescris une nouvelle injection de post-hypophyse de 2 unités et une de spasmalgine. Le travail se déroule avec la même lenteur malgré quinine et chloral ; les membranes se rompent spontanément vers 23 heures ; la dilatation est enfin complète le 22 à 2 heures. Dès le début de l'expulsion, les douleurs cessent totalement et la malade présente des signes nets de surmenage ; devant un tel tableau, je décide d'intervenir ; il était 2 h. 30 ; la malade était en travail depuis 30 heures environ.

Sous anesthésie générale à l'éther, je pratique une application de forceps sur une tête engagée en O I D P au 1/3 inférieur de l'excavation ; la rotation s'effectue sans aucune difficulté et le dégagement est des plus simples, avec une épisiotomie gauche. Cet accouchement se termine par la naissance d'un enfant vivant, non étonné, de 3.760 grammes, après une intervention facile de 5 minutes.

Après la sortie de l'enfant, aucun écoulement anormal n'est immédiatement constaté au niveau de la vulve. Mais, bien vite, tandis que je suturais l'épisiotomie, une hémorragie survient d'emblée abondante. Sans même terminer la suture, je pratique une délivrance artificielle. Au cours de cette deuxième inter-

vention, je note sur la face postérieure de l'utérus l'existence de deux fibromes sous-muqueux du volume d'une mandarine et que rien n'avait permis de soupçonner cliniquement auparavant. Je note d'autre part l'intégrité des parties molles ; il n'existait aucune lésion cervico-segmentaire, sauf à gauche une légère déchirure du col sans gravité.

La délivrance artificielle n'arrête pas l'hémorragie qui demeure abondante ; l'utérus est mou et cette inertie résiste à tous les traitements habituels : hypophyse, ergotine, compression de l'aorte, friction de l'utérus, injections chaudes. Bien vite apparaissent des signes d'anémie aiguë pour lesquels tout a été rapidement mis en œuvre : toni-cardiaques, sérum.

La situation s'aggrave avec une rapidité angoissante, l'inertie demeure, l'hémorragie continue, les signes généraux deviennent alarmants. Je pratique une révision utérine et je constate que la vacuité de cet organe est absolue. Je maintiens le poing dans l'utérus et j'ai eu alors l'impression de je percevais enfin les premières contractions salvatrices.

Mais ces contractions n'ont été que transitoires et de nouveau l'utérus devient mou, tandis que l'hémorragie reprend.

Devant un tel tableau, je décide une hystérectomie. Je fais appel au chirurgien et, en l'attendant, je pratique une transfusion de sang, tandis qu'une de mes sages-femmes maintient son poing dans l'utérus. Malgré tous mes efforts, l'état de la malade devient désespéré et, à l'arrivée du chirurgien, elle est agonisante et elle meurt sans qu'il fut possible d'intervenir, alors que tout était prêt sur place pour l'intervention.

Cette mort est survenue environ une heure après la sortie de l'enfant.

OBSERVATION II. — BOVIER-LAPIERRE.

G. S..., 22 ans, primipare.

Inertie utérine totale au moment de la délivrance.

Entrée : 1^{er} septembre 1933.

Gestation à terme. Tête engagée BC +.

2 septembre. Le travail se prolonge.

A 11 heures, rupture artificielle des membranes.

A 11 h. 40, accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 3.450 grammes.

A 12 heures, hémorragie abondante, délivrance artificielle. Utérus abandonné en contraction nette après une injection de retropotuitrine. Perte totale à ce moment : 1.400 grammes.

A 13 h. 30, suintement sanguin. Toucher intra-utérin : ni rétention, ni rupture, mais inertie totale avec nombreux caillots.

Traitement. — Compression au poing de l'aire placentaire. Injection de post-hypophyse et de 20 cc. de sérum gélatiné. Injection intra-veineuse de 200 cc. sérum salé.

L'agitation de la malade ne permet pas de faire de transfusion. Compression intra-utérine, camphre, ergotine.

14 h. 30 : utérus absolument inerte ; hémorragie continue (1.800 grammes en tout) ; mort rapide dans le collapsus (en moins de deux heures).

Autopsie. — Utérus flasque et pâle ; insertion placentaire haute sur une face. Ni rétention, ni rupture, ni fissuration.

OBSERVATION III. — REEB.

Hémorragie très grave, massive, par atonie après expulsion du placenta ; mort 1 h. 15 après l'accouchement d'un enfant vivant de 3.900 grammes.

Révision de la cavité utérine, pas de lésion de l'utérus et du vagin.

Injection intra-veineuse d'hypophysine.

Tamponnement intra-utérin. L'hémorragie cesse ; toni-cardiaque, adrénaline.

Transfusion immédiate de 550 centimètres cubes en deux fois dans l'espace de 30 minutes ; une heure après l'accouchement la deuxième transfusion est terminée. 15 minutes après la femme mourait. La transfusion de 550 cc. faite avec toute la rapidité voulue ne put sauver la malade. Lors de son premier accouchement, 14 mois auparavant, cette femme avait déjà fait une forte hémorragie par atonie ; transportée d'urgence à la clinique, elle put être sauvée par une transfusion.

OBSERVATION IV. — CHANTELOUP (résumé).

Accès d'éclampsie pendant la période d'expulsion. Application de forceps en O.P. Délivrance artificielle. Expulsion à 10 h. 35. Hémorragie de la délivrance. Pouls incomptable. Compression de l'aorte. Injection de 2.500 grammes de sérum. Inhalation d'oxygène, injections caféine et éther.

Mort à 13 h. 30.

D. M..., 18 ans, mécanicienne, primipare...

Dernières règles du 24 au 27 février. Hauteur utérine, 35 cm. Grossesse à terme ; vient de chez elle où elle se repose depuis 2 mois. Pas d'albumine au moment de l'accouchement. Grande quantité de liquide dans l'utérus, sommet, bassin normal.

29 décembre, 19 heures : début du travail ; 21 heures, dilatation à 1 franc.

30 décembre, 6 h. 30, dilatation complète, rupture

des membranes précoce, liquide amniotique opalescent. La femme entre en période d'expulsion à 3 h. 20, à 9 h. 20 la tête se trouve dans le bassin mou, faisant bomber le périnée postérieur ; la femme pousse mal.

Un peu après 10 heures, la tête étant à la vulve, la femme est prise d'une crise convulsive éclamptique ; chloroforme, on applique la langue sur le plancher buccal avec un linge, on fait une application de forceps en O.P. ; l'enfant respire mal et ne crie pas, le cordon est sectionné, on extrait des mucosités, l'enfant se met à crier.

Pendant ce temps on pratique une délivrance artificielle car un véritable jet de sang rouge sort des organes génitaux.

La femme est devenue brusquement pâle et se trouve dans un état syncopal. Pouls petit, très rapide, injection intra-utérine prolongée à 50°. Compression de l'aorte abdominale, puis injection sous-cutanée de 2 litres de sérum artificiel, 4 piqûres d'éther.

L'hémorragie est arrêtée. La malade est replacée dans le lit. Enveloppement chaud — respiration d'oxygène —. Le pouls remonte légèrement, il est moins fréquent. A midi, le pouls est à 108 mais très faible. La femme est de plus en plus pâle. Inhalation d'oxygène.

A midi un quart la respiration s'embarrasse, le pouls est imperceptible. On refait 500 grammes de sérum et plusieurs injections de caféine et d'éther. Cependant, le pouls ne remonte pas, la respiration est de plus en plus faible ; à 13 h. 15, la femme s'éteint sans avoir repris connaissance depuis midi.

L'enfant pèse 3.900 grammes ; placenta 650 grammes.

OBSERVATION V. — VEY.

Primipare âgée de 41 ans, bassin aplati et généralement rétréci.

Présentation du siège, transformation en sommet impossible, rupture prématurée des membranes huit heures avant le début du travail.

Césarienne supra-symphysaire du segment et de la portion basse du corps.

Inertie utérine.

Thérapeutique habituelle pendant deux heures sans succès.

Hystérectomie d'un utérus infiltré de fibromatose.
Décès de la malade.

Vérification non faite.

OBSERVATION VI. — FRUHINSOLZ.

Mort rapide après une délivrance artificielle.

Mme M... Renée, âgée de 21 ans, sans antécédents personnels et héréditaires notables, entre en travail le 22 janvier à la Maternité à 16 heures.

Les D.R. datent du 19 mars ; elles ont duré 5 jours comme à l'ordinaire. La femme a donc dépassé de 3 jours le 10^e anniversaire de ses règles.

H. U.: 28 cm.; sommet qui sengage dos à gauche ;
B.C.: +.

Elle présente, durant la journée et la nuit, des douleurs lombaires irrégulières qui ne favorisent pas la dilatation et pour lesquelles on fait une piqûre de spasmalgine à deux reprises.

Le 23 janvier à 6 heures du matin, les douleurs se précisent, augmentent d'intensité et de durée. On constate à 11 heures du matin une dilatation d'une paume, et comme la femme se mouillait de liquide

clair depuis plusieurs heures, on dilacère un voile de membrane persistant.

L'après-midi, à 14 heures, la femme manifeste des envies de pousser ; la dilatation est complète ; tête à la partie moyenne en G.A.

Au bout de 40 minutes, naît une fille de 3.250 grammes qui crie aussitôt. Il est 15 heures.

Au bout de 20 minutes, la femme, qui perdu du sang à chaque contraction utérine, présente quelques malaises : pâleur, bourdonnements d'oreille, baillements.

On pratique rapidement et sans difficulté une délivrance artificielle.

Au réveil, le pouls est rapide et petit, puis de nouveau la femme a quelques malaises : sueurs froides ; huile camphrée, éphédrine, sérum.

17 h. 30, le pouls est de nouveau bien frappé ; la femme se recoloré, Son état général est satisfaisant ; elle ne perd pas.

19 h. 30 (2 heures après), envie brusque de vomir ; pouls filant, on constate que la femme est pâle ; cyanose des lèvres très marquée, le pouls est imperceptible ; la femme est dans le coma.

L'utérus est bien rétracté, pas d'hémorragie.

Ouabaïne intra-veineuse, adrénaline sous-cutanée, huile camphrée ; la femme a quelques soubresauts et succombe.

Résultats de l'autopsie qui, pour raisons indépendantes de notre volonté, n'a malheureusement pu être complète.

Utérus normal. Culs-de-sac intacts.

La face externe et interne de l'utérus ne présente pas de tache ecchymotique ; on reconnaît la surface d'insertion placentaire sur le fond utérin en arrière.

Ni sang, ni liquide dans la cavité péritonéale.

Foie, rate, reins normaux.

OBSERVATION VII. — L. PORTES et M. MAYER.

Mme R... Ida, 42 ans, entre à la Maternité de Bretonneau le 17 février 1937 à 20 h. 30 au cours de son travail qui a débuté deux heures auparavant.

C'est une grande multipare qui a seulement trois enfants vivants, sur un total de 14 gestations, dont 6 sont allées à termes ; elle a perdu en bas âge 2 jumeaux, puis un autre enfant né prématurément ; le dernier enfant est né à terme, mais mort et macéré ; en outre, elle a fait sept avortements spontanés alternant irrégulièrement avec les gestations.

Au cours de la gestation actuelle, la femme a suivi régulièrement les consultations de la Maternité de Bretonneau : tous les examens ont été négatifs et en particulier on n'a jamais constaté d'albuminurie, ni de signes fonctionnels pouvant être rattachés à un état d'intoxication gravidique ; les réactions sérologiques sont négatives.

Le travail a commencé le 17 février à 18 h. 30, par quelques légères douleurs, immédiatement suivies d'un écoulement de sang ; cette hémorragie légère qui a accompagné le début du travail s'est prolongée pendant deux heures, au cours desquelles la femme a commencé à éprouver des contractions douloureuses ; celles-ci étaient devenues intenses et fréquentes quand, deux heures après le début de l'hémorragie, la femme a été amenée dans le service.

Aspect à l'entrée : l'écoulement hémorragique est peu abondant, constitué par du sang foncé et liquide ; cependant l'état général est inquiétant ; la femme est pâle, refroidie, avec le pouls rapide mais bien frappé à 104 ; ce qui domine dans cet état, c'est l'agitation extrême de la malade et le teint spécial de son vi-

sage qui est non seulement pâle mais d'un jaune grisâtre qui lui donne un aspect plombé.

Au point de vue obstétrical, on constate l'absence des bruits du cœur ; l'utérus est moyennement tendu, ce qui n'empêche pas de reconnaître l'attitude du fœtus ; son dos est à gauche et sa tête en bas.

Au toucher vaginal, la dilatation est complète, la tête profondément engagée et les membranes intactes ; on fait une rupture artificielle de la poche des eaux qui donne issue à un liquide amniotique abondant, fortement coloré de méconium.

L'hémorragie s'arrête complètement. On fait le diagnostic d'hémorragie du travail liée, vraisemblablement à une insertion basse du placenta, en raison de la souplesse de l'utérus et bien que l'enfant soit mort, ce syndrome étant apparu chez une multipare dont les urines troubles sont légèrement albuminuriques ; à vrai dire, l'albuminurie disparaît presque totalement après filtration et il ne persiste qu'un léger trouble, par la réaction à la chaleur et à l'acide acétique. Dans ces conditions, on procède, en raison de l'état général de la femme, à une extraction du fœtus par application de forceps, sous anesthésie à l'éther, enfant mort pesant 3.650 grammes. La délivrance est naturelle et spontanée, et le placenta paraît, à première vue, normal.

En somme, tout s'est passé jusqu'à ce moment comme s'il s'était agi d'une simple hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

Mais une reprise d'incidents hémorragiques et généraux ne tarda pas à survenir ; immédiatement après l'accouchement se produit une hémorragie abondante de sang rouge : par un examen sous valves, on se rend compte que le sang provient d'une plaie vaginale de la paroi antérieure du vagin : un catgut en X assure l'hémostase. On constate alors la

persistance d'un suintement de sang foncé peu abondant qui n'inquiète pas, car l'état de la femme paraît s'être amélioré ; cependant, elle reste fatiguée, pâle et agitée.

Au cours de l'heure qui suit, cet état d'agitation se confirme et devient inquiétant. La malade est de plus en plus shokée et anxieuse, elle s'agite sans cesse, son pouls devient imperceptible ; en même temps le suintement de sang noir persiste et l'utérus n'a pas une consistance constamment dure ; quand on le palpe, il devient ferme, mais se ramollit immédiatement après.

A 23 h. 45, transfusion de 300 grammes, avec amélioration momentanée de l'état général. Cependant, celui-ci est alarmant et l'on est frappé par les signes suivants : l'hémorragie, sans être abondante, est continue ; le choc est hors de proportion avec l'abondance de sang perdu, enfin l'état général est spécialement inquiétant par l'agitation et l'aspect plombé du visage.

Dans ces conditions, on met en doute le caractère banal de l'hémorragie de la délivrance constatée et on recherche s'il n'existe pas une autre cause à cet état, l'absence d'albuminurie véritable paraît éliminer l'hypothèse d'un hématome rétro-placentaire ; du reste, un nouvel examen du placenta n'en montre pas les traces habituelles ; cependant la portion du placenta qui est voisine du petit côté des membranes et violacée, plus ecchymotique et un peu moins épaisse que les parties sus-jacentes, n'exclut donc pas l'hypothèse d'un décollement prématuré sur un placenta inséré à la limite du segment inférieur et du corps ; mais comme cette constatation n'est pas suffisamment satisfaisante on recherche s'il n'existe pas une rupture utérine qui aurait été méconnue ; aussi pratique-t-on une révision sans valves du col utérin qui apparaît intact ; d'autre part, une révision manuelle intra-

utérine montre l'absence de rupture dans la région segmentaire et dans la cavité corporeale.

On note cependant une *mauvaise rétraction de l'utérus qui se contracte mal sous la main*. Il faut laisser le poing quelques instants dans la cavité pour que le muscle reprenne une tonicité suffisante; on termine par un tamponnement intra-utérin.

Dans l'heure qui suit, l'utérus se contracte parfaitement sur la mèche qui ne s'imbibe pas de sang. L'état de la femme paraît stabilisé, mais brusquement, plus d'une heure et demie après cette révision, se produit subitement une aggravation nouvelle de l'état de shock qui n'est déterminée par aucune hémorragie externe. En quelques instants la femme redevient très agitée, son pouls qui s'était rétabli est imperceptible, la respiration irrégulière, l'utérus restant cependant contracté et ferme.

La femme entre dans le coma et meurt; les accidents de shock et de colapsus qui ont entraîné la mort se sont produits en un maximum de 20 minutes.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'absence de tout épanchement de sang dans la cavité péritonéale; il n'y a pas de trace de rupture utérine, la séreuse du corps utérin présente deux zones ecchymotiques, siégeant côté sur le fond vers la corne droite et d'autre part, sur la face postérieure, le long du pédicule latéro-utérin droit; ces zones ecchymotiques sont entourées d'un piqueté hémorragique, il existe également au voisinage du bord droit de l'utérus, vers la région isthmique, une autre zone ecchymotique plus limitée qui se prolonge sur le feuillet antérieur de la partie la plus basse du ligament gauche.

On vérifie que ces ecchymoses ne sont pas dues à une rupture segmentaire.

L'exploration de la cavité utérine montre, en effet,

qu'il n'y a aucune trace de traumatisme, la muqueuse a un aspect normal, il n'y a pas de rétention de cotylédons.

La section de l'utérus sur la ligne médiane montre que la tranche utérine présente sur sa face antérieure, à l'union à peu près de la portion corporeale et segmentaire une zone d'infiltration hémorragique surtout sous-séreuse, haute d'environ 4 cm.; il existe également d'autres zones d'infiltration hémorragique interstitielle qui apparaissent sur la coupe transversale de l'utérus et siègent au niveau de la face latérale droite du corps, ainsi que dans la portion sous-jacente du segment inférieur. Toutes ces zones d'infiltration n'intéressent que les parties sous-séreuses du myomère.

Examen histologique. — Divers fragments ont été prélevés pour examen histologique intéressant des régions où apparaissent une teinte ecchymotique de l'utérus (région d'une corne utérine, segment inférieur face postérieure) et d'autres où l'aspect de l'organe paraissait normal.

Partout le myomère se présente avec le caractère d'un myomère de grossesse, hypertrophie considérable des fibres musculaires riche vascularisation.

Les coupes qui intéressent la cavité utérine montrent des sinus externes vasculaires normaux sans rétention placentaire, occupés par des nappes sanguines partiellement coagulées, nettement limitées. Le myomère qui limite ces lacs sanguins maternels n'est pas infiltré de sang.

Les coupes des régions présentant une teinte ecchymotique montrent que celle-ci a son substratum dans des suffusions hémorragiques et des dilatations capillaires considérables, très localisées à la couche externe du myomère et à la sous-séreuse. Ce sont de petites hémorragies très parcellaires et discrètes. En ces ré-

gions, il convient de signaler que les fibres musculaires présentent une diminution de leurs affinités tinctoriales et une dissociation des faisceaux qui sont séparés les uns des autres sans que l'on puisse affirmer nettement l'existence d'un œdème caractérisé du myomère.

Les coupes du rein montrent des altérations de glomérulite parcellaire assez discrètes, mais indiscutables, de type surtout congestif et thrombosique, ce sont là des lésions toutes récentes.

OBSERVATION VIII. — VRAY.

Janvier 1931.

Primipare de 36 ans, bonne santé, pas d'antécédents.

Rupture prématurée des membranes 11 jours avant le début du travail, lenteur de la dilatation qui nécessite un ballon de Champetier, lenteur de l'expulsion faite au forceps.

Enfant de 4 kg. 200.

45 minutes après, la malade ayant perdu 800 grammes, on fait la délivrance manuelle et une injection intra-utérine. L'hémorragie persiste. Une injection d'ergotine reste sans résultat. L'expression de l'utérus fait sortir 600 grammes de caillots. On comprime l'aorte sans succès. On essaye en vain la compression bimanuelle et un tamponnement intra-utérin. L'hémorragie continue, elle n'a pas pu être évaluée exactement. La malade, très anémiée, a eu le traitement médical d'usage : 10 centimètres cubes de solucamphre, caféine, adrénaline, 1.000 grammes de sérum intra-veineux; elle succombe néanmoins moins de deux heures après l'accouchement.

L'autopsie a montré un utérus absolument vide, sans déchirure ni lésion musculaire.

**

Le nombre trop restreint d'observations recueillies ne nous permet pas d'établir un pourcentage. Nous pouvons cependant remarquer que ces graves accidents se sont produits :

— Deux fois pour un gros œuf :

Observation Reeb : enfant 5.900 grammes.

Observation Chanteloup : « beaucoup de liquide dans l'utérus » et un enfant de 3.900 grammes.

— Deux fois pour un utérus fibromateux :

Observation Vey chez une primipare âgée.

Observation Pizzera, deux fibromes sous-muqueux de la grosseur d'une mandarine.

An peut y ajouter l'observation de Morel et Barbier, où une hystérectomie in extremis sauva la malade, on comptait sur la pièce opératoire 17 myomes.

— Deux fois pour une atonie utérine primitive :

Obs. Bovier-Lapierre chez une primipare.

Obs. Vray chez une primipare après forceps.

— Une fois après une crise d'éclampsie :

Obs. Chanteloup.

— Un cas d'apoplexie utéro-placentaire, obs. Portes et Mayer, qui susceptible de vicier la rétractilité utérine au cours ou après la délivrance, à la manière des ruptures partielles sous-muqueuses qui entretiennent un état d'inertie et des hémorragies incoercibles.

-- Sur ces 8 cas de graves hémorragies, nous comptons : 6 primipares, 1 grande multipare, et 1 secondipare.

Enfin, de Bovis cite le cas suivant, signalé par Ahlfeld :

« Jeune femme enceinte, âgée de 29 ans, ayant eu

déjà 3 grossesses terminées toutes trois par avortement ou accouchement prématuré. Désireuse d'éviter une nouvelle fausse-couche, cette femme entre dans un clinique universitaire, où vers le 6^e ou 7^e mois, le travail se déclenche et où elle accouche.

« Après l'expulsion de l'enfant, survient une hémorragie qui s'aggrave peu à peu et finit par emporter la patiente sous les yeux et en dépit des soins de tout le personnel médical de la clinique, présent depuis la délivrance.

« La malade perdit 2.065 grammes de sang en 3 heures de temps.

« L'analyse du sang fut pratiquée; elle démontra l'absence de plasticité du sang. Les constatations faites sur le sang de cette malade prouvent qu'il existait à n'en pas douter un état hémophile » (1).

(1) Nous pouvons rapprocher de cette observation un cas communiqué par M. le Docteur Brochier et dont nous ne possédons malheureusement pas l'observation.

CHAPITRE IV

LA PROPHYLAXIE

Voyons d'abord à la lumière des quelques observations précédentes les cas dans lesquels l'attention de l'accoucheur doit être attirée par les phénomènes hémorragiques, afin de les prévenir, pour éviter si possible l'intervention mutilatrice et prendre cependant en temps voulu les dispositions matérielles que nécessite une intervention abdominale d'urgence. Car le dernier traitement capable de juguler une hémorragie incoercible est l'hystérectomie.

Keller la conseille, Morel et Barbier nous donnent une belle observation de ses résultats heureux dans un cas extrêmement grave. Voron l'utilisa dans la délivrance d'un utérus fibromateux.

OBSERVATION. — MOREL et BARBIER.

Hémorragie grave une heure après l'accouchement; échec des traitements médico-obstétricaux. Hystérectomie « in extremis », guérison.

Mme F... se présente à mon cabinet, pour la première fois, le 25 avril, envoyée par une sage-femme qui constate une présentation du siège. Ce jour, je note : jeune femme de 30 ans, ni enfants, ni fausses-couches. Rien à retenir dans les antécédents au point de vue pathologique.

D. R. 11 septembre. A. P. 21 juin.

Grossesse de 7 mois, présentation du siège en SIGA.
BC +.

Le bassin paraît nettement suffisant pour un enfant de poids normal.

A revoir dans un mois.

Le 24 mai, l'examen est confirmatif. Je note en plus : périnée résistant. La version par manœuvre externe est tentée sans succès.

Le 16 juin 1938, l'évolution fœtale s'est produite spontanément et je constate O I G A très mobile. BC +. Le diagnostic de la présentation qui est très haute et très mobile, est particulièrement laborieux.

On ne sent plus la tête dans le fond utérin, il est donc probable que ce qu'on perçoit à bout de doigt au-dessus du détroit supérieur, est un pôle céphalique.

Conduite à tenir : attendre les événements et nouvel examen dans 15 jours si l'accouchement n'a pas eu lieu.

Enfin, le 25 juin, je vois la malade pour la dernière fois et constate : grossesse à terme, O I D T mobile, BC +. Présentation restant toujours très élevée sans qu'on trouve la cause de la non-adaptation de la tête.

Le 30 juin, au matin, l'accouchement se déclenche sans particularité digne de remarque, sauf peut-être une certaine irrégularité des douleurs, mais cependant le travail se poursuit normalement et vers 9 h. 40 je suis appelé pour terminer l'accouchement.

La dilatation est complète, la tête sur le périnée.

La malade paraissant assez fatiguée et la progression se révélant très lente (rappelons que nous avons noté la résistance du périnée) je décide d'extraire l'enfant par un forceps qui est terminé vers 10 h. 1/4. Il n'a offert aucune difficulté spéciale et a duré environ 2 minutes (anesthésie légère au chloroforme). On a une fille vivante de 3 kgs 300 qui crie de suite.

A partir de ce moment la malade n'aura plus aucune douleur et la palpation abdominale ne présentera plus aucune contraction utérine véritable.

Une heure s'écoule. L'utérus remonte progressivement au-dessus de l'ombilic, il est mou, très gros, non douloureux. Vers 11 heures 1/4 commence une hémorragie externe d'apparence banale : c'est un suintement assez important mais qui ne paraît offrir aucune gravité. Cependant quelques frictions utérines et une injection vaginale chaude ne changent rien à la situation. Puis brusquement la malade présente les premiers symptômes sérieux : baillements, accélération du pouls, gêne respiratoire. J'essaye, à ce moment (1 h. 15 après l'accouchement) une délivrance par refoulement, pas de succès. L'écoulement persistant, je pratique sans aucune difficulté une délivrance artificielle qui me montre un placenta adhérent sur les 3/4 de son étendue et décollé sur 1/4. Adhérence n'offrant pas de caractère pathologique. Derrière la délivrance, un flot de sang considérable — au moins 700 à 800 gr. — suit l'extraction du placenta. Pendant l'examen de celui-ci persistance de l'hémorragie; la malade est en demi-syncope, le pouls à peine perceptible, l'utérus est toujours aussi mou, difficile à délimiter. La délivrance paraît complète mais devant la persistance de l'hémorragie, je suis pris d'un doute sur les possibilités d'un cotylédon aberrant peut-être méconnu. Je fais donc rapidement une révision utérine qui me montre :

1° L'intégrité de l'organe;

2° sa vacuité absolue.

Laissant la main dans l'utérus, je comprime celui-ci sur mon poing pendant que l'on fait une piqûre de rétropituitine et 2 cc. d'ergotine, le tout suivi d'huile camphrée, coramine et de la mise en route d'une injection de 500 cc. de sérum intra-veineux. La malade paraît exsangue, son pouls, lorsqu'il est perceptible, est

aux environs de 150; les syncopes se succèdent, je fais pratiquer une compression aussi énergique que possible de l'aorte tandis que je retire mon poing de l'utérus. Pas de contractions perceptibles, l'hémorragie persiste, mais moins forte, c'est le petit ruisselet rouge continu, tandis que l'état de la malade, un peu amélioré par le sérum intra-veineux, semble nous donner un peu de répit. Une injection intra-utérine très chaude, accompagnée de frictions sur l'utérus, reste sans résultat. Il faut chercher les contours utérins, pas une fois on ne perçoit une contraction utérine. Il est maintenant midi 15, on tient toujours l'aorte et la situation paraît extrêmement sérieuse. 2 cc. d'ergotine sont faits à nouveau, la malade, qui est sur une table d'opération, est recouverte d'une sueur froide et dans un état de demi-inconscience. Tenant à ce qu'elle soit réchauffée au plus vite, je pratique un tamponnement utéro-vaginal complet et serré et fais porter Mme F... dans son lit où on lui fait prendre des boissons chaudes, tandis que des boules chaudes sont placées à côté d'elle. Pendant plus d'une heure on assiste à une légère rémission, le pouls revient à 140 puis à 130, la respiration est moins rapide, la sensation d'étouffement tend à diminuer, bref l'espoir renaît; quant à 2 heures de l'après-midi le pouls file à nouveau et je m'aperçois avec stupeur que malgré la temponnement, l'hémorragie continue, certes bien moins importante, mais en un mince filet analogue à celui qui existait avant l'introduction des mèches de gaze. L'utérus est étalé, mais non contracté; la situation semble désespérée.

Voulant tout essayer, je fais transporter la malade dans une clinique chirurgicale après administration de nouveaux toniques; et le Docteur Barbier, son chirurgien, est prévenu pour tenter une hystérectomie d'urgence. Mise immédiatement sur la table d'opération, la

malade reçoit à nouveau un litre de sérum intra-veineux.

A ce moment, l'observation du Docteur Barbier note : femme livide, sans pouls, respiration saccadée, mort imminente.

Anesthésie générale à l'éther très légère, laparotomie médiane. Gros utérus mou, atone, aucune contraction malgré les piqûres et les deux mèches de gaze qui sont tassées dans sa cavité. Nombreux noyaux fibromateux. Hystérectomie subtotale terminée en 6 minutes. Péritonisation basse, le tout achevé en 35 minutes.

La pièce examinée a montré un utérus fibromateux avec 17 myomes dont la grosseur variait d'une noisette à une noix. Pas de rétention dans l'utérus.

Les suites opératoires abdominales ont été simples; on note comme complication une poussée de pyélonéphrite à entérocoques et deux petits infarctus pulmonaires.

La malade, revue le 20 settembre, est très bien; elle a mis plus d'un mois à reprendre un teint normal.

OBSERVATION. — VORON.

Délivrance chirurgicale dans un cas de grossesse compliquée de fibrome.

Il s'agit d'une hystérectomie pour une grossesse compliquée de fibrome, faite dans des conditions très spéciales, puisque le fœtus n'était plus dans la cavité utérine, et que seul le placenta y était retenu.

La malade, primipare de 36 ans, avait été vue par moi, avec un médecin de la ville, alors qu'elle était enceinte de 6 mois. On constatait la présence d'un volumineux fibrome obstruant la partie supérieure de l'excavation et qui semblait, s'il ne remontait pas, de-

voir mettre obstacle à l'accouchement par les voies naturelles.

Je conseillai, aucune complication n'existant, sauf quelques douleurs, d'attendre les événements, quitte à prendre une décision au moment du travail et après avoir prévenu qu'il fallait prévoir une dystocie sérieuse.

J'avais perdu la malade de vue, lorsque, une quinzaine de jours plus tard, elle fut ramenée dans mon service.

Le médecin qui l'accompagnait racontait ce qui suit : elle avait perdu les eaux quatre jours auparavant, puis, des douleurs étant survenues, un toucher pratiqué avait montré l'existence d'un pied dans le vagin et après de laborieux efforts on était arrivé à extraire un fœtus de 1.100 grammes paraissant mort depuis un jour ou deux et dont la tête très déformée paraissait s'être laminée au passage dans un étroit orifice.

Deux heures après cette extraction, la malade, non délivrée, fut prise d'une hémorragie abondante. On essaya en ce moment d'extraire le délivre directement avec la main, puis à l'aide de tractions énergiques sur le cordon. Ces tentatives furent vaines. Néanmoins l'hémorragie s'arrêta spontanément et il n'y avait plus qu'un suintement sanguin intermittent et peu abondant.

Lorsque je vis la malade, quinze heures après l'extraction du fœtus, elle était un peu anémiée. Son pouls était à 100, régulier, la température rectale à 38°9. On constatait à la vulve la présence du cordon et d'un écoulement noirâtre, très fétide.

Par le palper abdominal, on percevait deux masses très distinctes, l'une plus volumineuse occupait le voisinage du détroit supérieur comme une tête d'enfant à terme et y paraissait fixée : c'était le fibrome; l'autre, sus-jacente à la précédente et tenant à elle, remontait jusqu'à l'épigastre : c'était le corps utérin.

En présence d'une telle situation, je ne pouvais songer qu'à une chose: délivrer cette femme infectée dont le placenta était retenu dans l'utérus.

Mais c'est ici que surgirent les difficultés. Par deux fois, une **fois sans** anesthésie, une autre fois sous l'action de l'éther, je cherchai à atteindre le placenta par l'orifice cervical. Ce fut en vain. Le fibrome remplissait le quart supérieur de l'excavation; il était impossible de le refouler et il ne me fut pas permis d'ailleurs d'introduire plus de trois doigts dans l'orifice du col situé très loin dans le sinus sous-iliaque gauche. Ces trois doigts introduits jusqu'à la fourchette interdigitale ne faisaient pas le quart du chemin qui conduisait jusqu'au fond de l'utérus, où vraisemblablement était inséré le placenta. L'abaissement du corps utérin était empêché par le fibrome volumineux sur lequel ce corps était implanté.

On ne pouvait songer à l'emploi d'un instrument métallique, curette ou pince, maniées à l'aveugle au fond d'un étroit et long couloir.

Restaient donc pour effectuer la délivrance, l'expulsion utérine et les tractions énergiques sur le cordon, les tractions modérées étant infructueuses. Mais c'était alors la presque certitude d'une délivrance incomplète, la probabilité d'une hémorragie dont la présence du fibrome aurait rendu le traitement difficile (difficulté du tamponnement, de la compression utérine, troubles de la musculature altérée par le fibrome); c'était surtout la perspective d'une infection déjà existante (température, lochies fétides) aggravée par la rétention de fragments du délivre dans un utérus qui ne pouvait être convenablement curé.

De telle sorte que, sans pousser les choses au noir, on avait des chances sérieuses d'être amené tôt ou tard à *pratiquer une hystérectomie pour lutter contre l'hémorragie* et surtout contre l'infection d'un utérus fi-

bromateux, et à la pratiquer dans de mauvaises conditions, chez une femme affaiblie par la perte de sang ou des phénomènes infectieux de plus longue durée.

Ne valait-il pas mieux faire cette hystérectomie de suite, alors que l'état général de la malade était relativement satisfaisant et lui enlever ainsi avec son fibrome cet utérus infecté qui menaçait, nous venons de le voir, sérieusement son existence ?

Ce fut mon avis. Ce fut aussi celui du Docteur Durand, chirurgien des hôpitaux, qui voulut bien examiner la malade avec moi.

Il ne fit qu'une réserve concernant la possibilité de constituer un pédicule au-dessous du fibrome qui paraissait, par le palper, bas situé et plongeant dans l'excavation.

Néanmoins, comme je crus pouvoir affirmer après un toucher attentif que la constitution du pédicule serait possible, l'intervention fut décidée et pratiquée séance tenante par M. Durand.

Elle fut remarquablement simple. On put assez facilement, après quelques efforts de traction sur toute la masse, passer le lien au-dessous du fibrome et l'on procédait à la suture de la paroi, lorsque la malade qui n'avait guère respiré plus de 100 centigrammes d'éther et n'avait pas été endormie en tout plus d'une demi-heure, fit quelques efforts de vomissements, devint fortement cyanosée et cessa de respirer. Son cœur battit encore pendant une minute. Mais malgré une heure d'efforts, il nous fut impossible de la ranimer. Après la trachéotomie, on constata l'issue par la bouche d'une certaine quantité de liquide gastrique. (La malade avait bu dans la soirée un peu de thé et de champagne.) Il est donc infiniment probable qu'elle a succombé à un accident aussi redoutable qu'infiniment rare, l'irruption brusque du liquide gastrique dans la trachée, au cours d'un effort de vomissement, la position

de Trendelenburg n'ayant peut-être pas été étrangère sinon à l'irruption du moins au brusque reflux du liquide.

Quelque regrettable que soit l'accident qui a déterminé l'histoire de ma malade, il n'enlève rien cependant à sa signification clinique. Si cet accident ne s'était pas produit, on était en droit d'espérer que cette femme eût retiré le plus grand bénéfice d'une intervention rapidement conduite, où la cavité péritonéale avait été fermée avant l'incision de l'utérus et par conséquent l'issue de liquides septiques. En tout cas cette intervention se justifiait pour les raisons indiquées plus haut.

★★

Toute femme présentant pendant sa grossesse des troubles de coagulation sanguine devra être soignée en conséquence.

Les albuminuriques, toujours sous menace d'accidents éclamptiques, devront suivre le régime le plus strict, pratiquer de fréquentes analyses d'urines et surveiller la courbe de la tension artérielle.

Les primipares âgées, surtout avec utérus fibromateux suspects de graves hémorragies, seront l'objet d'une attention toute particulière pendant la délivrance; il en est de même des femmes qui poussent mal, chez lesquelles le travail traîne et dont l'inertie utérine est à craindre.

Enfin mais très rarement, on posera le diagnostic de placenta accreta qui implique, comme l'a souligné M. Keller, l'hystérectomie d'urgence devant une hémorragie survenant chez une femme présentant une rétention cotylédonnaire tenace et un passé gynécologique.

Mais si la prophylaxie échoue, à quel moment l'accoucheur qui se trouve en présence d'une femme qui saigne et chez laquelle les petits moyens ont échoué,

doit-il considérer l'hémorragie incoercible et faire appel à la chirurgie radicale mais mutilatrice et non sans danger chez une femme exsangue ?

Le problème est très difficile à résoudre sans aucun doute ; mais il est préférable, quand on a une certaine expérience, que le problème est bien posé et que l'on redoute le pire, de ne pas reculer trop l'heure de l'indication et d'avoir recours à l'hystérectomie qui, il convient de le souligner, enlève souvent un organe malade.

Bien entendu, nous ne voulons pas dire qu'à toute hémorragie grave de la délivrance il faille opposer une chirurgie radicale. Nous voulons simplement poser le principe de la légitimité de l'hystérectomie lorsqu'une hémorragie de la délivrance devient trop grave ; tout particulièrement, nous croyons qu'elle constitue une ressource précieuse dans deux cas où l'hémorragie menace la vie : utérus fibromateux avec fibromatose diffuse sous muqueuse et le placenta accreta.

CONCLUSIONS

Les hémorragies mortelles de la délivrance, indépendantes de toute lésion utérine et en dehors du placenta prævia, sont exceptionnelles.

Elles existent cependant, comme le montre la littérature obstétricale de ces 50 dernières années et plus particulièrement les communications plus récentes de M. le Professeur Rhenter, de M. le Professeur Portes et de M. Pizzera.

Le pourcentage exact en est difficile à préciser, en raison même de la rareté des observations recueillies. Cependant, d'après diverses statistiques, nous pouvons compter sur une moyenne d'une hémorragie mortelle de la délivrance pour 20.000 accouchements, étant bien entendu qu'il ne s'agit que de pratique hospitalière.

La cause en devrait, le plus souvent, être recherchée dans l'inertie utérine observée surtout chez les primipares, dans les cas de gros œufs d'utérus fibromateux.

Devant une femme qui présente une hémorragie véritablement incoercible, le seul traitement à tenter serait l'hystérectomie d'urgence; mais il est bien entendu qu'une hémorragie grave, ou même impressionnante, n'en est pas justiciable et que cette thérapeutique mutilatrice n'apparaît que comme « ultima ratio ».

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RHENTER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Juin 1942.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRY. — Considérations sur les hémorragies de la délivrance à propos de 10.000 accouchements. *Thèse* Lyon 1935.
- BOVIER-LAPIERRE. — De la maladie des accouchées dans un service hospitalier pendant 10 ans (1927-1937). *Thèse* Lyon 1938.
- DE BOVIS. — De l'hémophilie chez la femme. *Semaine Médicale*, 1905, p. 421.
- BROCHIER. — Les hémorragies mortelles de la délivrance. *Soc. d'Obst. et Gynéc. de Lyon*, mai 1942.
- CHANTELOUP. — Du traitement des hémorragies du post-partum. *Thèse* Paris 1904.
- COMMANDEUR. — Délivrance normale et pathologique, in P. Bar, *l'Art des Accouchements*, 1907.
- FRUHINSOLZ. — Morts subites « *intra partum* » morts subites du « *post-partum immédiat* ». *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, janvier 1934, p. 84.
- FRUHINSOLZ et RICHON. — Mort rapide après une délivrance artificielle. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, avril 1939, p. 283.
- KELLER. — In *La délivrance pathologique*, in *Encyclopédie médico-chirurgicale obstétrique*, t. II. paragraphes 5108, 5109.
- LAFOND (Roger). — Statistique du service de Clinique obstétricale. *Thèse* Lyon 1936.
- LE LORIER. — Les hémorragies de la délivrance. *La Médecine*, avril 1936.

- MOREL et BARBIER. — Hémorragie grave une heure après l'accouchement, échec des traitements médico-obstétricaux. Hystérectomie in extremis. Guérison. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc. Paris*, 1938, p. 765.
- PIZZERA. — Un cas d'hémorragie mortelle de la délivrance. *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Lyon*, séance du 2 mars 1942.
- PLAUCHU. — In Délivrance Pathologique, in *La pratique de l'art des accouchements* t. I, p. 540.
- PORTES et MAYER. — Hémorragies mortelles de la délivrance associées à une apoplexie utéro-placentaire discrète. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, avril 1937, p. 257.
- REEB. — La transfusion sanguine en obstétrique et gynécologie, résultats au cours de l'année 1934. *Gynéc. et Obst.*, 1935 t. 32, p. 97.
- RHENTER. — A propos d'une hémorragie grave de la délivrance. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1936, p. 151.
- RHENTER et BOULEZ. — Remarques sur les hémorragies de la délivrance d'après 10.000 observations d'accouchements. *Congrès d'Alger ; Gynéc. et Obst.*, t. 31, p. 863.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art de l'accouchement, t. IV, p. 137.
- TREUB. — Fibrome et grossesse : in *Bar : Pratique de l'art des accouchements*, t. 2, 1907.
- TRILLAT. — Statistique des hémorragies de la délivrance d'après l'étude de 10.000 accouchements. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, mars 1936, p. 247.
- VALETTE. — Sur une forme de l'inertie utérine : l'inertie après la délivrance. *Thèse Lyon* 1908.
- VARNIER. — Obstétrique journalière (1900), p. 250.

VEY. — Considérations sur la puerpéralité chez les femmes âgées de plus de 40 ans. *Thèse* Lyon, 1935.

VORON. — Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance ; hémorragie interne dans le segment inférieur, l'utérus étant rétracté. *Ann. Soc. Obst. de France*, 1905, p. 295.

— Délivrance obstétricale dans un cas de grossesse compliquée de fibrome. *Ann. Soc. Obst. de France*, 1905, p. 304.

VRAY. — Etude statistique des hémorragies de la délivrance (Clinique obstétricale de Lyon, 1927-1931). *Thèse* Lyon, 1932.



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Existe-t-il des hémorragies mortelles de la délivrance ?	11
CHAPITRE II. — La fréquence	13
CHAPITRE III. — Les circonstances cliniques	15
CHAPITRE IV. — La prophylaxie	31
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

